

## **LA MARCHANDISATION DU MÉDICAMENT AU BÉNIN**

### **Illustration locale d'un phénomène global**

Carine BAXERRES\*

Le médicament pharmaceutique industriel est un objet de santé à la fois scientifique, populaire et marchand. Si ces deux premiers caractères sont souvent mis en avant respectivement par les sciences biomédicales et pharmaceutiques, par la santé publique ainsi qu'à travers les médias, sa troisième composante est plus souvent passée sous silence. Elle tend à être dissimulée derrière ce qui est présenté comme la vocation première du médicament, à savoir la santé des individus, leur bien-être physique et psychique. Or, le caractère marchand du médicament est un formidable vecteur de dynamiques et d'initiatives. Il est peut-être ce qui explique avant tout l'incroyable vitalité du secteur pharmaceutique de par la planète, non sans poser de nombreux problèmes d'ordre sanitaire et de santé publique.

Dès le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle lorsque des médicaments issus de la chimie organique sont industrialisés en Europe, c'est le caractère marchand de ce nouveau type de remèdes qui stimule avant tout son développement, d'abord progressif puis de façon surabondante et

---

\* IRD UMR216 (Mère et enfant face aux infections tropicales), 75006 Paris  
CERPAGE – 08 BP 841, Cotonou, Bénin  
Courriel : carine.baxerres@ird.fr

désordonnée (Faure, 2005). La publicité, alors totalement dérégulée pour ce type de produits, vient appuyer cette émergence. Elle en préconise la consommation régulière, voire quotidienne, les fabricants encourageant l'usage chronique de ces produits en passant outre l'expertise du médecin (Chauveau, 2005). Ces médicaments pharmaceutiques industriels, répondant mal lors de leur émergence aux législations en place, sont soumis aux seules règles de la concurrence la plus débridée (Faure, *op. cit.*). L'aspect mercantile de ces nouveaux produits entraîne d'ailleurs au départ des suspicions à leur égard dans le monde de la pharmacie et de la médecine. Puis, progressivement, une « régulation industrielle », dont l'objectif semble être avant tout l'accession à une légitimité scientifique pour les besoins de la commercialisation, se met en place au sein des firmes. Jean-Paul Gaudillière (2010) parle alors d'une « marchandise scientifique ».

En Afrique, le caractère marchand du médicament a tout d'abord été relativement peu opérationnel. Les médicaments ont été introduits via l'entreprise coloniale dans les années 1930-40 et – bien que des réseaux de distribution privés et informels se soient assez vite développés (Baxerres, 2014) – ils étaient majoritairement distribués gratuitement (sauf dans certains cas, comme au Ghana où la collecte de cotisations faisait partie des principes des missions) via les services de santé coloniaux et les activités des missionnaires religieux (Arhinful, 2003 ; Preston-Whyte, 2005 ; Vaughan, 1991). Après les indépendances, les jeunes États ont généralement maintenu autant que faire se pouvait la gratuité des médicaments et des services de santé. C'est finalement à partir des années 1980 que le caractère marchand du médicament s'est définitivement révélé dans les systèmes de santé des pays africains et qu'il a dès lors très vite généré de multiples dynamiques.

Il est ainsi possible, selon les contextes, d'interroger le processus de marchandisation du médicament, entendu comme la prééminence de plus en plus prononcée de la valeur marchande du médicament sur sa valeur thérapeutique. L'anthropologie utilise ce concept (*commodification* en anglais) pour décrire la manière dont

les médicaments deviennent une marchandise qui s'échange librement sans qu'aucune autre spécificité que leur valeur marchande ne soit prise en compte (Nichter, 1996 ; Tan, 1999 ; Whyte, Van der Geest & Hardon, 2002). Le médicament devient *common* à l'opposé d'objets incomparables, uniques, singuliers et ainsi non échangeables, comme le décrit plus globalement Igor Kopytoff (1986 : 69) au sujet du processus de *commoditization*<sup>1</sup>. Margaret Lock et Vinh-Kim Nguyen (2010) soulignent que « in its original meaning a commodity was understood as something of use, advantage, or value. Commodification can be thought of, therefore, as the production or conversion of ideas, knowledge, and objects into items that are considered useful and/or have exchange value » (p. 206). Ils précisent que dans les sociétés contemporaines, la marchandisation implique le plus souvent une valeur monétaire de ces objets, mais cela n'a pas toujours été le cas (morceaux de corps humain servant de trophées de guerre, de reliques religieuses ou lors de performances rituelles). Arjun Appadurai, dans le livre fondateur qu'il édite sur les objets matériels et leur consommation en 1986, propose en introduction une discussion autour de la nature de la marchandise. Il met en évidence l'existence de la marchandise de tous temps et en toutes sociétés en tant que « any thing intended for exchange » (p. 9). Florence Weber (2000), dans la lignée de l'anthropologie économique<sup>2</sup>, rappelle pour sa part que « la présence ou l'absence de monnaie dans un échange ne dit rien sur la nature de cet échange » (p. 85) et qu'il convient de ne pas confondre « transaction marchande et transaction monétaire, nature de la

---

<sup>1</sup> *Commoditization* et *commodification* désignent, en anglais, le même phénomène ; le second terme semble néanmoins préféré aujourd'hui. En lien avec l'anthropologie médicale anglo-saxonne, *commodification* est également utilisé depuis quelques années en français.

<sup>2</sup> Dont les fondements se trouvent, entre autres, dans la pensée de Marcel Mauss (2007) et de Karl Polanyi (1983). Les travaux de ce dernier au Dahomey, ancien nom du Bénin, ont suscité des débats historiographiques autour de la question des liens entre marché d'État et marchés locaux (Polanyi & Rotstein, 1966).

relation (marchande ou personnelle) et moyen de paiement (espèces ou "nature") » (p.86). La marchandisation monétaire, pour sa part, est décrite comme étant liée à l'avènement du système capitaliste, à l'industrialisation, au phénomène de la consommation de masse (et souvent de la surconsommation) qu'il implique et à l'essor corollaire du marketing<sup>3</sup>. Mark Nichter (*op. cit.*) utilise à ce sujet le concept de *cosmopolitical medicine* pour signifier que les médicaments conduisent à l'incarnation (*embodiment*) du capitalisme (p. 298).

À travers les données issues d'une recherche ethnographique menée durant 2 ans et demi dans la capitale économique du Bénin (2005-2008) et réactualisées en 2011 et 2012 durant trois séjours de recherche de plusieurs semaines<sup>4</sup>, cet article entend décrire et analyser l'émergence du processus de marchandisation du médicament au Bénin ainsi que ses implications dans le système de santé de ce pays. À partir de données historiques, les pratiques des différents types d'acteurs investis actuellement dans la distribution détaillante des médicaments à Cotonou seront décrites et leurs logiques décryptées<sup>5</sup>. Plutôt que de considérer le médicament uniquement comme un moyen qui conduit à la marchandisation de la

---

<sup>3</sup> Dans les années 1990, Daniel Miller (1995) présente la consommation comme une préoccupation importante pour l'anthropologie, dès lors que les marchandises sont devenues une part significative de la vie des personnes dans les sociétés étudiées.

<sup>4</sup> De 2005 à 2008, j'ai réalisé des temps d'observation participante auprès de vendeurs informels de médicaments en activité à Cotonou ainsi que des entretiens et des temps d'observation directe auprès des centres de santé et des professionnels que consultaient les membres de 14 familles auprès desquelles je menais un travail approfondi (Baxerres, 2014). En 2011 et 2012, travaillant sur la question du vécu de la grossesse dans la périphérie de Cotonou, j'ai continué à explorer les différents centres de santé et professionnels auxquels recouraient les femmes que j'interrogeais.

<sup>5</sup> J'ai choisi de focaliser mon propos sur le niveau local qui me semble être en lui-même suffisamment illustratif et heuristique. Des aspects plus globaux, tels que la distribution pharmaceutique grossiste, les questions de régulation ainsi que les relations avec l'État, ne pouvaient être également abordées dans cet article. C'est le cas dans une autre publication (Baxerres, 2014).

santé, ce qui est plus généralement proposé par les anthropologues du médicament (Van der Geest, 1987 ; Nichter, *op. cit.* ; Whyte, Van der Geest & Hardon, *op. cit.* ; Desclaux & Lévy, 2003), cet article se focalise sur la marchandisation du médicament en lui-même. C'est en cela que réside son apport conceptuel. Sont analysées en détail, dans le cas précis du Bénin, les conditions historiques, sociales et économiques qui conduisent au fait que le médicament, objet de santé, se marchandise. Finalement, loin de fournir une analyse localisée, ce texte propose une contribution à l'analyse des sociétés contemporaines et à la compréhension des évolutions qu'elles connaissent.

### **Quand la prescription et la distribution des médicaments se mêlent**

Aux lendemains de l'indépendance, à laquelle le Bénin accède le 1<sup>er</sup> août 1960, l'acte de la prescription biomédicale est strictement séparé de celui de la distribution pharmaceutique (article 36 et 51 de l'ordonnance n° 73-30 du 31 mars 1973). La législation béninoise suit en la matière, dans un objectif de santé publique mais également pour assurer l'autonomie des professions de médecin et de pharmacien, les dispositions ayant cours en Europe occidentale depuis le XIII<sup>e</sup> siècle. Dans ces pays, c'est à cette époque que les deux professions de « médecin prescripteur » et de « préparateur qui exécute l'ordonnance » sont effectivement séparées (Aïach, 1994). Au Bénin, une première entorse formelle à cette législation a été impulsée dans le secteur public à travers l'Initiative de Bamako en 1987. Puis, progressivement, la valeur marchande du médicament s'est étendue à l'ensemble du système pharmaceutique.

#### *Les centres de santé publics et confessionnels*

La politique de santé publique au Bénin s'est, jusqu'à une époque récente, exclusivement centrée sur le secteur public et privé non lucratif. À l'indépendance, le système sanitaire, issu de la colonisation, articulé autour de l'hôpital et au sein duquel les médicaments et les soins étaient gratuits, est maintenu. À partir de 1978, suite à la conférence d'Alma Ata réalisée sous l'égide de

l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la politique des « Soins de santé primaires » devient le nouveau modèle d'action sanitaire du pays. Son axe dominant est la lutte contre les inégalités en matière d'accès aux soins et la mise en avant du niveau local dans l'organisation du système de santé. À la même époque, l'OMS promeut la politique des « médicaments essentiels », dont le principe est que les pays à faible revenu acquièrent en priorité un nombre limité de médicaments essentiels à la santé de leur population et peu coûteux. Comme celui de beaucoup d'autres pays d'Afrique, le gouvernement du Bénin est à cette période dans l'impossibilité de maintenir le modèle sanitaire en place et notamment la gratuité des soins et des médicaments. L'Initiative de Bamako, en 1987, entend améliorer l'offre de santé en étendant la couverture géographique des services de santé de base et en rationalisant leur fonctionnement. Un de ses principes majeurs est d'instituer le recouvrement des coûts des prestations et des médicaments distribués aux patients. Un rôle central est donné aux médicaments essentiels dans le système de santé, à la fois pour améliorer l'état de santé des populations et pour revitaliser les finances des structures de santé publique, grâce aux marges de profit que les médicaments offrent (Maïga *et al.*, 2003). La prise en compte de la valeur marchande du médicament est une première dans le système de santé béninois. À partir de l'année 1988, le gouvernement instaure la vente de médicaments dans les formations sanitaires publiques ainsi que dans les centres de santé privés confessionnels ou associatifs (décret, n° 88-444 du 18 novembre 1988).

Aujourd'hui, 26 ans après la mise en place du recouvrement des coûts, la vente de médicaments fait partie de la routine quotidienne de ces centres de santé. Au fur et à mesure des années, elle y a pris une signification différente de celle recommandée par l'Initiative de Bamako. Le recouvrement des coûts était prévu « non comme objectif mais comme un outil d'amélioration de l'accès, de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience des services » (Soucat, Bangoura & Knippenberg, 1997 : 195). Plus globalement, était spécifié le partage des dépenses des centres de santé publics entre

l'État, les donateurs extérieurs et les comités de gestion des centres. Or il apparaît dans les faits aujourd'hui que l'État béninois est loin d'y contribuer à hauteur de ce qui était prévu. La plus grosse partie des dépenses des centres (achats de biens et de services, prise en charge du personnel, investissements) est financée grâce aux recettes issues des ménages (paiement des consultations, soins, médicaments, hospitalisations). En 2007, seules 30,8% de leurs ressources sont issues des caisses de l'État<sup>6</sup>. Les comités de gestion des centres sont confrontés à la prise en charge, par leurs propres moyens, de la plupart des dépenses. Or, 70% de leurs recettes proviennent de la vente des médicaments, alors que ceux-ci ne représentent que 40% de leurs dépenses. La vente des médicaments est ainsi la principale source de revenu des centres de santé. Alors qu'elle devait servir à financer l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et à couvrir certaines charges non salariales (décret n° 88-444 du 18 novembre 1988), elle permet en fait aux centres de santé de fonctionner, éventuellement d'investir mais surtout de payer les charges courantes et une partie des salaires.

#### *Les centres de santé privés*

Les premières cliniques privées voient le jour au Bénin au début de l'indépendance. Elles sont majoritairement tenues par des médecins français. Mais jusqu'au milieu des années 1980, les structures biomédicales sont surtout publiques et les professionnels de la santé sont automatiquement intégrés à la fonction publique. Durant les temps forts du régime marxiste (1972-80), l'État béninois n'autorise que très difficilement les professionnels de la santé à s'installer à leur compte. Puis, suite aux difficultés financières et selon les recommandations de la Banque mondiale et du Fonds

---

<sup>6</sup> 16,5% des ressources des centres proviennent de la communauté internationale, 0,6% des collectivités locales, des assurances et mutuelles de santé et des entreprises privées et publiques, et 52,1% des ménages. La part la plus importante des dépenses de santé des ménages (76%) est consacrée aux produits pharmaceutiques (ministère de la Santé, 2007 ; Plan national de développement sanitaire, 2007-2016 ; Direction de la programmation et de la prospective. République du Bénin).

monétaire international, le gouvernement limite le nombre de fonctionnaires dans le domaine de la santé. Dès l'année 1986, il n'intègre plus systématiquement les promotions de médecins, d'infirmiers et de sages-femmes nouvellement diplômées dans les structures de santé d'État (Savina & Boidin, 1996). Les jeunes professionnels doivent alors trouver de nouveaux débouchés, ce qui se concrétise la plupart du temps par une installation à leur propre compte ou par l'occupation d'un poste dans un centre de santé privé. On assiste ainsi, dès la fin des années 1980, à la multiplication des centres de santé privés à Cotonou.

D'après les enquêtes, il en existe deux catégories : les « grandes cliniques » et les « petits centres de santé ». Les « grandes cliniques privées » pratiquent toutes les hospitalisations et sont dirigées par un médecin. Le prix des consultations dans ces structures est relativement élevé : de 2 000 à 10 000 francs (100 francs CFA=0,15 euro). Toutes celles qui ont été visitées durant les enquêtes, disposaient des autorisations requises par le ministère de la Santé (autorisation d'exercice en clientèle privée, autorisation d'exploitation ou d'ouverture d'un établissement privé). Eu égard au caractère restreint de la clientèle très solvable à laquelle elles s'adressent, ces structures sont relativement peu nombreuses, en comparaison des « petits centres de santé privés ». Ces derniers sont dirigés, en pratique ou en théorie, par un médecin, un infirmier ou une sage-femme, le dirigeant effectif n'étant pas forcément celui indiqué dans les dossiers de demande d'autorisation. Le prix des consultations qui y est pratiqué varie de 400 à 1 500 francs. Dans le but de constituer une clientèle dont les revenus sont faibles, leurs dirigeants sont contraints de pratiquer ces tarifs à peine supérieurs à ceux des centres publics. Les pratiques des « petits centres de santé privés » sont souvent en décalage avec la législation dont ils dépendent. Mais il n'est néanmoins pas aisé de les classer en deux catégories, l'une composée des centres formels et l'autre des centres informels. Le fait qu'ils aient ou non leurs autorisations ne dépend strictement ni de la qualité des soins, de la propreté et formalité



apparente de la structure, ni du statut hiérarchique de leur dirigeant et de sa présence effective dans le centre de santé<sup>7</sup>.

En matière de vente de médicaments dans les centres privés, le décret n° 2000-449 du 11 septembre 2000 précise très clairement dans son article 4 que celle-ci est considérée comme une situation d'exercice illégal de la profession médicale et paramédicale. Toutes les « grandes cliniques » visitées durant les enquêtes, se conformaient à cette législation. Par contre, des médicaments étaient vendus dans tous les « petits centres de santé privés » visités, soit très explicitement à travers l'existence au sein de la structure d'une salle réservée à la pharmacie, soit de manière plus discrète. Les médicaments à vendre étaient rangés sur une étagère dans la salle de consultation, dans une petite armoire ou dans une boîte compartimentée réservée à cet effet. Il s'agissait très majoritairement, comme



La boîte à pharmacie d'un petit centre de santé privé  
© IRD-C(1)



Salle de pharmacie d'un petit centre de santé privé  
© IRD-V(1)

dans les centres publics et confessionnels, de comprimés génériques commercialisés sous leur dénomination commune internationale (DCI). Les études ont révélé que le prix de la consultation étant fixé

---

<sup>7</sup> Beaucoup de petits centres de santé ont obtenu des autorisations à mauvais escient : le dirigeant déclaré n'est pas celui qui dirige effectivement la structure, des autorisations sont données à des cabinets de soins infirmiers ou à des cliniques d'accouchement eutocique alors qu'y sont pratiqués des activités, des soins et des prescriptions bien plus larges. Certains hospitalisent les patients sans y être autorisés, d'autres pratiquent les accouchements sans disposer en leur sein de sages-femmes.

volontairement bas dans les « petits centres de santé privés » de manière à attirer la clientèle, ce sont les bénéfices réalisés grâce à la vente de médicaments qui permettent en grande partie aux dirigeants de ces structures de payer les frais de fonctionnement et de personnel.

*Les « infirmiers informels de quartier »*

Autre catégorie de professionnels de la biomédecine que peuvent consulter les habitants de Cotonou, les « infirmiers informels de quartier » pratiquent sans en avoir l'autorisation l'exercice de la médecine. Ils ne disposent pas de structures dans lesquelles accueillir les patients. Ils les reçoivent chez eux ou se déplacent à leur domicile.

Tous les professionnels de la santé, à quelque niveau de la hiérarchie biomédicale qu'ils se trouvent, sont susceptibles de pratiquer de telles activités. Quelle que soit leur formation, ils sont fréquemment sollicités par leurs voisins et connaissances pour donner des soins ; sollicitations auxquelles ils répondent volontiers pour arrondir leurs fins de mois. Certains infirmiers qui sont employés dans le secteur public et qui ne peuvent ainsi travailler officiellement à leur propre compte que sous certaines conditions difficiles à remplir, exercent de la sorte. La grande majorité des infirmiers et sages-femmes qui comptent ouvrir leur propre structure de santé commencent généralement par dispenser des soins de manière informelle à leur entourage. C'est aussi très fréquemment le cas des aides-soignantes, catégorie du personnel de santé qui souffre globalement d'un manque de valorisation financière et institutionnelle alors même qu'elle remplit souvent des fonctions très importantes dans les centres de santé : gestion de la structure pendant plusieurs heures, réalisation des consultations, dispensation des injections, perfusions, pansements, pratique des accouchements, prescription des médicaments. Pour améliorer leur maigre salaire (entre 12 000 et 27 500 francs pour celles rencontrées lors des études), les aides-soignantes pratiquent toutes, en dehors de leur emploi, des soins à domicile. Certaines d'entre elles décident de limiter à cela leurs activités professionnelles : « Comme le salaire ne

suffit pas, j'ai dû abandonner. Maintenant je travaille à la maison et je gagne plus que si je travaillais dans un centre » (entretien, mai 2007).

C'est souvent lorsqu'un malade pense connaître le mal dont il souffre et pour lequel il juge nécessaire d'être soigné par injection ou par perfusion, qu'il s'adresse à un « infirmier informel de quartier » de sa connaissance. C'est fréquemment le cas lorsque des adultes « sentent qu'un *palu* les dérange »<sup>8</sup>. L'injection et la perfusion sont très populaires chez les Cotonnois qui ne se les auto-administrent pas, contrairement à ce qui est décrit en Afrique centrale pour les injections (Whyte, Van der Geest & Hardon, *op. cit.*). Les « infirmiers informels de quartier » bénéficient ainsi de la perception valorisée de ces pratiques biomédicales.

En matière de tarification, les « infirmiers informels de quartier » défient toute concurrence car, de manière à attirer les patients, ils ne font généralement pas payer la consultation et réalisent un bénéfice uniquement grâce à la vente des produits (médicaments et consommables médicaux) qu'ils utilisent lors des soins ou qu'ils prescrivent à leurs patients. Ce sont alors des médicaments génériques commercialisés sous DCI.

### **Quand la distribution des médicaments prend le pas sur leur prescription**

Loin des dispositions législatives premières, la distribution et la prescription des médicaments se sont progressivement mêlées au Bénin et sont aujourd'hui pratiquées par les mêmes acteurs de santé. Mais dépassant encore cet entremêlement des fonctions thérapeutiques et selon la logique de production de bénéfices par la vente de

---

<sup>8</sup> Le terme « palu » vient de la dénomination biomédicale « paludisme » mais les perceptions populaires de cette maladie ne sont pas congruentes avec celles de la biomédecine, elles sont très larges et englobent finalement les principaux maux que les individus ressentent au quotidien. Voir à ce sujet (Baxerres, 2014) et les différents auteurs qui sont mobilisés sur cette question (Doris Bonnet, Sylvain Faye, Adolphe Kpatchavi, Stefanie Granado, etc.).

médicaments, ces mêmes acteurs distribuent des médicaments sans même pratiquer de consultation.

Dans la grande majorité des centres de santé publics et confessionnels, des médicaments sont aussi vendus sans la présentation d'une ordonnance et donc sans qu'une consultation ait été réalisée au préalable. Les commis de pharmacie ne s'en défendent généralement pas et expliquent, lors des entretiens, qu'ils n'ont pas reçu de consignes contraires. La plupart d'entre eux précisent toutefois qu'ils ne vendent ainsi que des médicaments génériques commercialisés sous DCI (tels que paracétamol, quinine, amoxicilline, mebendazole, fer foldine, soit des antipyrétiques, antipaludiques, antibiotiques, vermifuges et vitamines), qu'ils considèrent courants, d'usage facile et sans risque. Ils se défendent de vendre ainsi des médicaments qu'ils considèrent d'utilisation plus problématique, tels que des hypertenseurs, des antidiabétiques et des antibiotiques peu courants... D'autres commis précisent qu'ils ne vendent les médicaments sans demander d'ordonnance qu'à des personnes qui spécifient directement le nom d'un produit qu'elles semblent ainsi « maîtriser ». La distribution des médicaments déconnectée des prescriptions biomédicales est ainsi très explicite dans les centres de santé publics et confessionnels de Cotonou.

Dans les « petits centres de santé privés » également, les médicaments ne sont pas uniquement dispensés aux patients venus consulter. Ils sont aussi vendus à des personnes qui se rendent dans ces centres spécifiquement dans ce but. « Les gens peuvent acheter les médicaments sans avoir consulté, c'est libre ici, c'est ouvert, tout le monde peut venir », a expliqué le médecin directeur de l'un d'eux (entretien, juillet 2007). Ces centres de santé remplissent alors, dans ces cas, uniquement une fonction de distribution pharmaceutique. Leurs dirigeants s'en cachent souvent et précisent qu'ils fournissent des indications supplémentaires (posologie, conseils d'utilisation) aux acheteurs. Mais la plupart du temps, la vente est réalisée par les infirmiers ou aides soignantes qui dispensent les médicaments sans donner plus d'informations.

Il arrive parfois aussi, bien sûr, aux « infirmiers informels de quartier » de vendre des médicaments sans même réaliser de consultation, à la demande des clients.

Ainsi, de manière officielle (centres de santé publics et confessionnels) ou non (« petits centres de santé privés », « infirmiers informels de quartier »), de nombreux acteurs dont les fonctions premières sont de poser des diagnostics, dispenser des soins et prescrire des traitements, vendent en plus des médicaments, et dans un nombre non négligeable de cas sans aucune consultation préalable. La valeur marchande du médicament prime ainsi sur la législation en place.

### **Quand la distribution est découplée de toute supervision biomédicale et pharmaceutique**

La prégnance de la valeur marchande du médicament est aussi très clairement perceptible au Bénin à travers les pratiques d'un autre acteur majeur du système pharmaceutique : le marché informel du médicament. Ce cas est même emblématique car la distribution de médicaments est alors totalement découplée de toute supervision biomédicale et pharmaceutique.

Par marché informel du médicament, on entend les pratiques de vente et d'achat de médicaments qui sortent du cadre formel imposé par l'État et par le système de santé biomédical en vigueur dans les pays concernés. Des pratiques de ce genre ont émergé au Bénin dès le début des années 1950 (Baxerres, 2011) et donc bien avant l'Initiative de Bamako. Cependant, le développement massif de ce marché informel date de la fin des années 1970 et du début 1980. À partir du milieu des années 1980, la demande des professionnels de la biomédecine dont il était question précédemment, y est sûrement pour beaucoup<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Selon des données exhaustives recueillies en 2005-2006 durant les temps d'observation participante réalisés dans le grand marché Dantokpà de Cotonou, les professionnels de la santé représentent 20% des clients des vendeurs informels (n = 539).

Le marché informel de Cotonou est constitué de multiples vendeurs détaillants qui exercent dans les quartiers de la ville et vendent des médicaments aux habitants, comme marchandise exclusive ou entre autres produits de consommation courante. Il présente également un centre de la vente informelle, situé au sein du grand marché international de la ville – Dantokpá – et dont l'influence s'étend bien au-delà des limites de Cotonou. Des médicaments y sont vendus au détail, semi-détail et en gros et les acheteurs sont des clients « profanes » (achats pour leurs besoins personnels) de toutes catégories socio-économiques, des revendeurs informels de médicaments et des professionnels de la biomédecine.

Le marché informel du médicament au Bénin, bien que se prêtant fort bien à une analyse des relations interpersonnelles et du contexte social au sein duquel il se développe (Baxerres, 2011, 2014), se caractérise avant tout par son aspect marchand et la fonction, essentiellement de distribution, qu'il remplit. Son organisation dans les quartiers de la ville, bien que présentant une structuration précise (des vendeurs spécialisés dans le médicament et d'autres non, un maillage étroit de la ville, des vendeurs en activité dans tous les quartiers et à toutes heures), n'est pas préalablement pensée. Les vendeurs n'ont pas de liens spécifiques entre eux et ils gèrent chacun de manière individuelle leur commerce. C'est également le cas des vendeurs de Dantokpá. Plutôt que d'appartenir à une organisation cohérente et concertée, ils se juxtaposent en fonction de l'offre et de la demande, selon les lois d'un marché concurrentiel qui n'est régulé par aucune entité extérieure.

Cette régulation par le marché a néanmoins un fort effet contraignant puisqu'elle impose certains produits, proposés quasiment aux mêmes prix et qu'elle tend à uniformiser les pratiques de vente des acteurs. Que l'on considère les facteurs déclenchant la pratique de ce commerce chez les vendeurs ou le type de médicaments qu'ils choisissent de vendre, le moteur de la vente informelle dans les quartiers est irrémédiablement la demande qui émane des habitants. Ils vendent ainsi globalement tous les mêmes médicaments : ceux « qui coulent » disent-ils, c'est-à-dire ceux qui sont fréquemment

achetés. Les vendeurs tentent au maximum de satisfaire leurs clients et de répondre à leurs exigences. C'est ce qui explique par exemple le développement d'acteurs tels que les « vendeuses de bord de voie », qui s'installent à proximité immédiate des trajets quotidiens des habitants de Cotonou et sont ainsi adaptées à la vie urbaine et à ses exigences d'efficacité. Eu égard au jugement de leurs clients, les vendeurs tendent aujourd'hui à proposer leurs produits à l'abri de la poussière, du soleil et de la pluie.

Les relations développées entre les vendeurs informels et leurs clients sont avant tout des relations commerciales. Les savoirs que détiennent les vendeurs ne sont pas des savoirs pharmaceutiques mais bien des savoirs commerciaux (reconnaître les médicaments à leur forme, odeur, nom et prix, associer des symptômes ou maladies à des médicaments). Les clients sont tout à fait conscients de ce qui leur est proposé : la distribution de produits dont ils se serviront à des fins thérapeutiques. Ainsi, les clients demandent très majoritairement, le ou les médicaments spécifiques qu'ils souhaitent acheter, à travers l'énoncé du nom du produit, la description de la forme et de la couleur du médicament, la présentation d'un contenant vide, d'un papier sur lequel est griffonné un nom ou encore d'une ordonnance d'apparence plus ou moins formelle. Les données recueillies auprès d'une « vendeuse de bord de voie » en 2007 soulignent que sur 205 clients, 82% se sont adressés à elle en demandant directement le médicament qu'ils voulaient. À Dantokpá en 2006, sur 260 « clients profanes », cette proportion est de 94%. Ceci prouve bien, au contraire de ce qui est dit habituellement, le rôle thérapeutique minime des vendeurs informels et souligne encore la fonction essentielle de distribution qu'ils remplissent auprès de leurs clients.

### **Une marchandisation formelle du médicament en expansion**

Les situations qui viennent d'être décrites soulignent que la valeur thérapeutique du médicament, supervisée par un professionnel de la santé habilité, tend à s'effacer au sein du système de santé béninois, face à la distribution de cet objet marchand. Est ainsi

manifeste le processus de marchandisation du médicament dont il est question en introduction.

Les anthropologues soulignent qu'à travers le médicament, la santé elle-même se marchandise et devient l'objet de stratégies marchandes (Whyte, Van der Geest & Hardon, 2002 ; Desclaux & Lévy, *op.cit.*). C'est d'ailleurs le plus souvent cet aspect des choses qui accapare les chercheurs. Mark Nichter définit la marchandisation de la santé comme « the tendency to treat health as a state which one can obtain through the consumption of commodities, namely, medicine » (Nichter, *op. cit.* : 269). Mais le médicament est à mon sens trop rapidement dépassé dans les analyses et il y a un intérêt théorique certain à s'attarder sur le processus de marchandisation du médicament en lui-même, et non uniquement dans le but de considérer la marchandisation de la santé. Les auteurs soulignent le fait que les médicaments sont utilisés pour tenter de résoudre des problèmes qui devraient être abordés d'une autre façon, tels que l'insécurité sexuelle au Cameroun (Van der Geest, 1987) ou encore la pauvreté, la faim et les soucis au Brésil (Scheper-Hughes, 1992). Mark Nichter (*op. cit.*) met en évidence que des vitamines sont abondamment utilisées en Inde en raison du déclin global de la qualité de la vie dû entre autres à l'urbanisation, la pollution et l'accélération du rythme de travail. J'ai montré ailleurs (Baxerres, 2014) comment la marchandisation du médicament au Bénin entraîne une consommation toujours plus importante de médicaments de la part des individus, selon leurs propres perceptions des maux dont ils souffrent, de l'état de leur organisme, de sa sensibilité supposée à différents produits et de leurs perceptions plus larges de la santé. Ces perceptions populaires entraînent, sur bien des aspects, des utilisations de médicaments hors des usages décrits par la biomédecine et ainsi parfois en dépit de la santé individuelle et collective.

Au-delà de ces conséquences de la marchandisation généralement admises par les chercheurs, il me semble important de revenir sur un point qui peut générer des désaccords. Le processus de marchandisation du médicament, est souvent mis en évidence, dans la



littérature anthropologique, à propos d'activités informelles, qui se développent hors du cadre défini par l'État et le système de santé des pays. Ainsi, cette marchandisation est décrite comme étant particulièrement prégnante en Asie, en Amérique latine et en Afrique, dans des contextes où la distribution pharmaceutique n'est ni sûre ni professionnelle (Van der Geest, 1982, communication personnelle récente). La description que je fais du marché informel à Cotonou pourrait sembler abonder dans ce sens. Or, je soutiens l'idée que la marchandisation du médicament ne se développe pas toujours, loin de là, en dehors des activités encadrées par les États et que ce processus est tout à fait perceptible dans les nations occidentales où le médicament répond, sur d'autres aspects que celui de la distribution (qualité du médicament, droits de propriétés industrielles), à une régulation stricte et sans cesse renforcée. Cet état de fait apparaît clairement si l'on considère la pensée de Michel Foucault sur la question du gouvernement et des relations entre libéralisme économique et politique (Foucault, 2004 ; Donzelot, 2005) ou les travaux récents de Loïc Wacquant (2012) sur le néolibéralisme, conçu non comme un régime économique mais comme un projet politique. Ces analyses mettent toutes deux en évidence le fait que le néolibéralisme qui émerge au XX<sup>e</sup> siècle, auquel le phénomène de la marchandisation et les mécanismes de marché sont associés, se distingue du libéralisme théorisé par les économistes classiques des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles qui opposaient l'État au marché (non régulation, libre jeu de l'offre et de la demande). Il suscite, au contraire, la croissance du rôle de régulation par les autorités publiques. C'est l'État qui produit les règles de la concurrence économique. Il est le garant des bonnes conditions d'exercice du marché. Il produit, multiplie et garantit les libertés nécessaires au libéralisme économique. Loïc Wacquant soutient notamment que le néolibéralisme promeut « the remaking and redeployment of the state as the core agency that actively fabricates the subjectivities, social relations and collective representations suited to making the fiction of markets real and consequential » (p. 68). Dans le champ de la « santé globale », Laëtitia Atlani-Duault et Laurent Vidal (2013 : 11-12) mettent aussi en

évidence les liens entre « l'agenda du néolibéralisme » (« une logique revisitée de surveillance et de contrôle ») et « le rôle des États » (même si celui-ci est très hétérogène suivant les États) et « plus largement de l'aide publique et privée au développement ».

Dans le cas du Bénin, la marchandisation du médicament dans le système de santé découle de l'Initiative de Bamako et de la politique de recouvrement des coûts, mise en place par l'État et ses partenaires au développement. Évidemment, le marché informel favorise cette marchandisation. Il permet à tous les professionnels de la santé, même à ceux qui n'en ont pas l'autorisation, de se procurer des médicaments qu'ils peuvent vendre. Cependant, le marché informel n'est que facilitateur ou accélérateur de la marchandisation. C'est bien parce que la valeur marchande du médicament a été introduite dans le système de santé que les professionnels de la biomédecine, où qu'ils exercent, cherchent à se procurer des médicaments pour les revendre. C'est bien parce que l'État n'a que trop peu de ressources à investir dans le système de santé qu'il a autorisé les centres de santé publics et confessionnels à se procurer, par la vente des médicaments, les moyens de fonctionner. Et que penser de la marchandisation du médicament, totalement assumée et règlementée dans de nombreux pays du Sud (Inde, Philippines, Ghana, Nigeria, etc.) comme du Nord (États-Unis, Royaume-Uni, Allemagne, Portugal, etc.), qui autorisent la vente de médicaments dans les circuits ordinaires de distribution par des non pharmaciens à travers des *drugstores* (Baxerres, 2014) ? La distribution du médicament est dans ces cas totalement découplée de toute supervision biomédicale et pharmaceutique, comme cela a été décrit dans le cas du marché informel au Bénin. Certaines conséquences de cette marchandisation ont d'ailleurs été décrites dans les sociétés occidentales. Aux États-Unis par exemple, les individus conçoivent les médicaments OTC (*over-the-counter*, vendus sans la supervision d'un pharmacien, dans les *drugstores* notamment) comme étant « faibles », voire « pas vraiment des médicaments », et que l'on peut utiliser de manière bien plus irrationnelle que les médicaments de prescription (Nichter & Vuckovic, 1994). Nichter et Vuckovic

décrivent aussi dans les années 1990, certains usages irrationnels des antibiotiques qui conduisent à utiliser ceux-ci de manière préventive « in "flu season" when one doesn't "have time to be ill" » (*ibid.* : 1522). On observe aujourd'hui également dans les pays du Nord le processus qui conduit à traiter des problèmes sociaux, tels que l'hyperactivité des enfants et le stress au travail, par des médicaments (tranquillisants, anxiolytiques) (Dupanloup, 2004 ; Loriol, 2000). Anne-Catherine Ménétrety et Étienne Maffli (2001) le décrivent : face au stress, aux difficultés sociales et à la surexploitation du corps, l'automédication augmente dans les sociétés européennes (Fainzang, 2012).

### **Conclusion**

Ainsi, la marchandisation du médicament semble bien être un phénomène global relevant de la régulation néolibérale qui gouverne les sociétés contemporaines, du Sud comme du Nord<sup>10</sup>. Le caractère marchand du médicament était opérationnel dès l'origine de cet objet, lors de l'industrialisation des nations occidentales. Dans d'autres contextes, comme en Afrique, où le médicament a d'abord été introduit gratuitement via l'entreprise coloniale, les échanges monétaires induits par celui-ci étaient initialement quasi inexistantes. Ils se sont depuis largement développés et sont le prétexte à de multiples dynamiques économiques internes comme externes aux pays : développement de firmes productrices dans les pays émergents ainsi que dans des pays en développement, multiplication de sociétés de distribution grossistes, détaillantes, semi-grossistes de tailles diverses, augmentation des flux de circulation de médicaments Sud-Sud, etc. (Baxerres, 2013). Les pays du Sud, y compris

---

<sup>10</sup> En matière de médicaments, le libéralisme économique, tel qu'il se pratique à l'échelle de la planète, est encore principalement piloté par les puissances occidentales à travers des organes de régulation nationaux et supranationaux, tels que la Food and Drug Administration américaine, l'Agence européenne des médicaments et l'Organisation mondiale du commerce. Néanmoins les gouvernements de pays tels que l'Inde, la Chine et le Brésil, jouent un rôle croissant en la matière.

d'Afrique, et leur classe moyenne montante, sont aussi de plus en plus dans la ligne de mire des grandes firmes pharmaceutiques multinationales. Comment assumer, voire tirer avantage, de cet état de fait – le médicament est une marchandise qui génère de l'argent et donc du business, ce qui a sans aucun doute des effets économiques mais aussi sanitaires bénéfiques – tout en limitant les conséquences négatives sur la santé individuelle et collective ? La réponse est sûrement à rechercher du côté d'une régulation en faveur du droit à la santé des individus, organisée par les États sous la pression de la société civile internationale (à l'exemple des luttes menées pour l'accès aux médicaments antirétroviraux, Guennif, 2012) qui, prenant le contrepied du modèle développé par Loïc Wacquant, imposerait sa marque sur l'État de manière à exploiter le marché<sup>11</sup>.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AÏACH P., 1994. « Une profession conflictuelle : la pharmacie d'officine », in AÏACH P., FASSIN D. (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris, Anthropos : 309-338.
- APPADURAI A. (dir.), 1986. *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- ARHINFUL D. K., 2003. *The Solidarity of Self-interest. Social and Cultural Feasibility of Rural Health Insurance in Ghana*. Leiden, African Studies Centre.
- ATLANI-DUAULT L., VIDAL L. (dir.), 2013. « La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale ? » *Revue Tiers Monde*, 215 : 7-164.

---

<sup>11</sup> Loïc Wacquant (2012 : 66) précise qu'il interprète le néolibéralisme comme une « articulation of the state, market and citizenship that harnesses the first to impose the stamp of the second onto the third ».

- BAXERRES C.**, 2011. « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d’Afrique ? », *Politique Africaine*, 123 : 117-136.
- BAXERRES C.**, 2013. « L’introduction différenciée des génériques entre pays francophones et anglophones d’Afrique de l’Ouest : une illustration de la globalisation du médicament à partir du cas du Bénin », *Autrepart*, 64 : 51-68.
- BAXERRES C.**, 2014. *Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Paris, Éditions des archives contemporaines.
- CHAUVEAU S.**, 2005. « Marché et publicité des médicaments », in **BONAH C.**, **RASMUSSEN A.** (dir.), *Histoire et médicament aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*. Paris, Éditions Glyphe : 189-213.
- DESCLAUX A.**, **LÉVY J. J.**, 2003. « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », *Anthropologie et Sociétés*, 27(2) : 5-21.
- DONZELOT J.**, 2005. « Michel Foucault et l’intelligence du libéralisme », *Esprit*, 319 : 60-81.
- DUPANLOUP A.**, 2004. *L’hyperactivité infantile : analyse sociologique d’une controverse socio-médicale*. Thèse de doctorat de sociologie. Neuchâtel, université de Neuchâtel.
- FAINZANG S.**, 2012. *L’automédication ou les mirages de l’autonomie*. Paris, PUF.
- FAURE O.**, 2005. « Les pharmaciens et le médicament en France au XIX<sup>e</sup> siècle », in **BONAH C.**, **RASMUSSEN A.** (dir.), *Histoire et médicament aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*. Paris, Éditions Glyphe : 65-85.
- FOUCAULT M.**, 2004. *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*. Paris, Seuil/Gallimard.
- GAUDILLIÈRE J.-P.**, 2010. « Une marchandise scientifique ? Savoirs, industrie et régulation du médicament dans l’Allemagne des années 1930 », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 65 : 89-120.
- GUENNIF S.**, 2012. « Brevet et Santé Publique dans les pays du Sud : l’accès aux médicaments antisida », *Études*, 416(7) : 41-51.
- KOPYTOFF I.**, 1986. « The Cultural Biography of Things: Commoditization as Process », in **APPADURAI A.** (dir.), *The Social*

- Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press : 64-91.
- LOCK M., NGUYEN V.-K., 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Chichester, Wiley-Blackwell.
- LORIOU M., 2000. *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*. Paris, Anthropos.
- MAÏGA F. I., HADDAD S., FOURNIER P. & GAUVIN L., 2003. « Public and Private Sector Responses to Essential Drugs Policies: a Multilevel Analysis of Drug Prescription and Selling Practices in Mali », *Social Sciences & Medicine*, 57 : 937-948.
- MAUSS M., 2007 [1924-1925]. *Essai sur le don*. Paris, PUF.
- MÉNÉTREY A.-C., MAFFLI E., 2001. « L'automédication et le marché de la santé : " tu prends, tu paies, t'es bien" ! », in BUCLIN T., AMMON C. (dir.), *L'automédication, pratique banale, motifs complexes*. Genève, Éditions Médecine et Hygiène : 277-288.
- MILLER D., 1995. « Consumption and Commodities », *Annual Review of Anthropology*, 24 : 141-161.
- NICHTER M., 1996 [1989]. « Pharmaceuticals, the Commodification of Health, and the Health Care-Medicine Use Transition », in NICHTER M. (dir.), *Anthropology and International Health, Asian Case Studies*. Amsterdam, Gordon & Breach : 265-326.
- NICHTER M., VUCKOVIC N., 1994. « Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice », *Social Sciences & Medicine*, 39(11) : 1509-1525.
- POLANYI K., 1983 [1944]. *La grande transformation : aux origines politiques et économiques de notre temps*. Paris, Gallimard.
- POLANYI K., ROTSTEIN A., 1966. *Dahomey and the Slave Trade: an Analysis of an Archaic Economy*. Seattle, University of Washington Press.
- PRESTON-WHYTE E. M., 2005. « Traverser les frontières : l'anthropologie médicale en Afrique du Sud et le VIH-sida », in SAILLANT F., GENEST S. (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages globaux, défis locaux*. Laval, Presses de l'université de Laval : 401-438.

- SAVINA M.-D., BOIDIN B., 1996. « Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'État : les prestations éducatives et sanitaires au Bénin », *Revue Tiers Monde*, 148 : 853-874.
- SCHEPER-HUGHES N., 1992. *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, University of California Press.
- SOUCAT A., BANGOURA O. & KNIPPENBERG R., 1997. « L'Initiative de Bamako au Bénin et en Guinée », in BRUNET-JAILLY J. (dir.), *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala : 193-208.
- TAN M. L., 1999. *Good Medicine. Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*. Amsterdam, Health Culture and Society.
- VAN DER GEEST S., 1982. « The Illegal Distribution of Western Medicines in Developing Countries: Pharmacist, Drug Pedlars, Injection Doctors and Others. A Bibliographic Exploration », *Medical Anthropology*, 6(4) : 197-219.
- VAN DER GEEST S., 1987. « Self-care and the Informal Sale of Drugs in South Cameroon », *Social Science & Medicine*, 25(3) : 293-305.
- VAUGHAN M., 1991. *Curing their Ills: Colonial Power and African Illness*. Cambridge, Polity Press.
- VUCKOVIC N., NICTER M., 1997. « Changing Patterns of Pharmaceutical Practice in the United States », *Social Science & Medicine*, 44(9) : 1285-1302.
- WACQUANT L., 2012. « Three Steps to a Historical Anthropology of Actually Existing Neoliberalism », *Social Anthropology*, 20(1) : 66-79.
- WEBER F., 2000. « Transactions marchandes, échanges rituels, relations personnelles. Une ethnographie économique après le Grand Partage », *Genèses*, 41 : 85-107.
- WHYTE S. R., VAN DER GEEST S. & HARDON A., 2002. *Social Lives of Medicines*. Cambridge, Cambridge University Press.

### **Résumé**

À travers les données issues d'une recherche ethnographique menée durant 2 ans et demi à Cotonou (2005-2008) et réactualisées en 2011 et 2012, cet article décrit et analyse l'émergence du processus de marchandisation du médicament au Bénin ainsi que ses implications dans le système de santé de ce pays. À partir de données historiques, les pratiques des différents types d'acteurs investis dans la distribution détaillante des médicaments sont décrites et leurs logiques décryptées. L'article souligne l'intérêt théorique de ne pas se focaliser uniquement sur la marchandisation de la santé comme le proposent généralement les auteurs, mais de considérer plutôt le processus de marchandisation du médicament en lui-même. Enfin, à l'aide de références théoriques, il démontre que la marchandisation du médicament n'est pas uniquement prégnante dans des contextes où la distribution pharmaceutique n'est ni sûre ni professionnelle. Ce phénomène global, à l'œuvre dans les pays du Sud comme du Nord, semble bien relever de la régulation néolibérale qui gouverne les sociétés contemporaines.

**Mots-clefs : médicament, marchandisation, système de santé, distribution, marché informel, régulation néolibérale, Bénin.**

### **Summary**

The Commodification of Pharmaceuticals in Benin. A local Illustration of a Global Phenomenon

Using data from an ethnographic research conducted over two and a half years in Cotonou (2005-2008) and updated in 2011 and 2012, this article aims to analyze the emergence of the process of commodification of pharmaceuticals in Benin and its implications on the country's healthcare system. Based on historical data, it describes the practices of various types of actors involved in retail drug distribution and decipher their logics. Its conceptual input lies in focusing on the process of commodification of pharmaceuticals in itself, and not only in considering health commodification, the point most of the authors. Using theoretical references, it demonstrates that the commodification of pharmaceuticals is not only effective in contexts where pharmaceutical distribution is neither safe nor professional. Indeed, this global phenomenon, at stake in Southern and Northern countries, seems to come under the neoliberal regulation which governs contemporary societies.

**Key-words: pharmaceutical, commodification, healthcare system, supply, informal market, neoliberal regulation, Benin.**